



皮膚科問診票

受診日 年 月 日

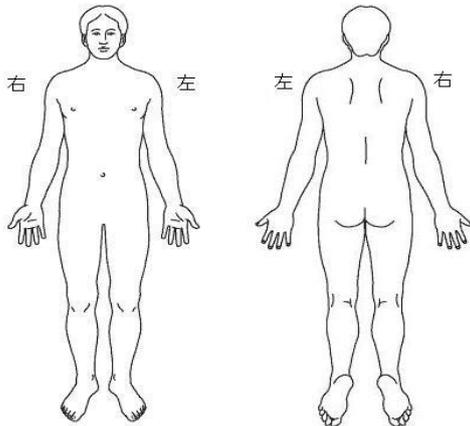
ID _____ 氏名 _____ 様 性別 男 女

年齢 _____ 歳 体重 _____ kg

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします
 マイナ保険証はお持ちですか？（有・無）
 マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか（いいえ・はい）
 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか（いいえ・はい）
 この1年間で特定健診および高齢者検診を受けましたか（いいえ・はい）

◆ 本日はどのような症状での受診ですか

いつから（ ） このことで他の病院へ行きましたか
 どこが、どのようですか 行かない 行った



◆ 現在、通院中の医療機関はありますか

ない ある（ ）
 現在 のんでいる薬がありますか ない ある
 （※薬の説明書があれば見せてください）

◆ サプリメントなどの健康食品をのんでいますか

ない ある（ ）

◆ 今までに大きな病気をしたことがありますか（手術を含めて）

ない ある（病名 何歳 治療内容）

◆ アレルギーがありますか

薬物 ない ある 食物 ない ある

◆ アレルギーの病気はありますか

ない ある（病名例 鼻炎、花粉症、喘息、アトピー、蕁麻疹等）

◆ お薬のお渡し方法のご希望はどちらですか

院内処方 院外処方

★女性のみ 月経はありますか ない ある（最終月経はいつですか）
 妊娠の可能性 なし あり 授乳中ですか はい いいえ